

14 1927
Geneve Lane Medical Libr

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE ET OBSTÉTRICALE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
DIRECTEUR : PROFESSEUR - DOCTEUR O. BEUTTNER

Contribution à l'étude
des
rapports entre la menstruation, certaines métrorragies
et le tissu lutéinique de l'ovaire

Etude clinique et histologique

Huitième série (cas 106-120)

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR L'OBTENTION DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jeanne A. Magnin

Médecin-chirurgien diplômée de la Confédération Helvétique
Ancienne interne à la Clinique Chirurgicale et à la Maternité de Bâle.



Thèse N° 1195

GENÈVE
IMPRIMERIE DU COMMERCE, BOULEVARD CARL-VOGT, 79

1926

Contribution à l'étude
des
rapports entre la menstruation, certaines métrorragies
et le tissu lutéinique de l'ovaire

Etude clinique et histologique

Huitième série (cas 106-120)

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR L'OBTENTION DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jeanne A. Magnin

Médecin-chirurgien diplômée de la Confédération Helvétique
Ancienne interne à la Clinique Chirurgicale et à la Maternité de Bâle.

Thèse N° 1195

GENÈVE

IMPRIMERIE DU COMMERCE, BOULEVARD CARL-VOGT, 79

—
1926

La Faculté de Médecine, sur le préavis favorable de Monsieur le Professeur O. BEUTTNER, autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinions sur les propositions qui y sont énoncées.

Genève, le 17 avril 1926.

Le Doyen :

H. Cristiani.

A ma chère mère

*Hommage d'affection
et de reconnaissance.*

Qu'il nous soit permis au début de ce travail d'exprimer à Monsieur le Professeur O. BEUTTNER toute notre reconnaissance pour les conseils éclairés et bienveillants qu'il n'a cessé de nous prodiguer durant l'élaboration de notre thèse.

Nous remercions aussi vivement Monsieur le Docteur M. MOLLOW, chef de laboratoire, qui a bien voulu nous guider dans notre travail et dont les conseils nous ont été d'un précieux secours.

I. — INTRODUCTION

Au cours de ces dernières années, il a été fait, dans le laboratoire de la Clinique Gynécologique de l'Université de Genève, une série de thèses inaugurales comportant quinze cas chacune, et ayant pour objet commun, l'étude des rapports existant entre la menstruation, certaines métrorragies et le tissu lutéinique de l'ovaire. Il s'agissait de vérifier la théorie ovarienne de la menstruation telle qu'elle a été formulée par ROUVILLE et SAPPEY. Le Dr OGNENOVITCH, auteur de l'étude des quinze premiers cas, a défini cette théorie d'une façon précise dans sa thèse. Nous nous dispenserons donc de l'exposer à nouveau ici.

Le Professeur BEUTTNER, qui possède dans ses laboratoires une fort belle collection de coupes d'ovaires, nous a confié l'étude de 15 cas pour en faire l'objet de notre thèse inaugurale. Nos résultats, comme ceux de nos prédécesseurs ¹, seront repris et discutés dans un travail d'ensemble englobant tous les cas.

¹ L. OGNENOVITCH. Contribution à l'étude des rapports entre la menstruation, certaines métrorragies et le tissu lutéinique de l'ovaire. Etude clinique et histologique (première série, 1-15). Thèse de Genève 1922.

A. BELEVITCH. — Même sujet. Deuxième série, cas 16-30. Thèse de Genève 1922.

G. GUIKITCH. — Même sujet. Troisième série, cas 31-45. Thèse de Genève 1925.

D. HADJI-ILIEFF. — Même sujet. Quatrième série, cas 46-60. Thèse de Genève 1922.

CH. TSVETKOFF. — Même sujet. Cinquième série, cas 61-75. Thèse de Genève 1922.

P. CONTOPOULOS. — Même sujet. — Sixième série, cas 76-90. Thèse de Genève 1923.

F. ODY. — Même sujet. Septième série, cas 91-105. Thèse de Genève 1924.

II. — OBSERVATIONS

Cas 106. — Observation N° 382, 1923: *Annexite droite. Ovaire microkystique droit. Erosion simple du col.*

M^{me} Ch. H. âgée de 27 ans. Régée à 12 ans. Règles régulières, d'une durée de 3 jours, *peu abondantes* et indolores. Dernières règles le 29 octobre 1923. Mariée depuis 4 ans, elle n'a jamais eu de grossesse. Il y a 5 mois, la malade se plaint de vives douleurs dans la fosse iliaque droite ; les règles, après ces douleurs, changent de caractère : Elles sont abondantes, d'une durée de 7 jours, douloureuses et accompagnées de vomissements ; depuis des mois, la malade perd en rouge chaque semaine. Entrée dans le Service de Gynécologie le 20 novembre 1923. On constate une annexite gauche et une érosion du col.

Annexectomie droite. Ponction de l'ovaire et ventrofixation stabilisatrice, le 19 décembre 1923.

Description macroscopique de l'ovaire droit. L'ovaire augmenté de volume (de la grosseur d'un petit œuf de poule) est relié à la trompe par des adhérences fibreuses filiformes. De nombreux petits kystes, dont certains ont un contenu hémorragique.

Description histologique de l'ovaire droit. A la surface de l'ovaire, il existe sur plusieurs points des adhérences fibreuses contenant de l'hémosidérine. L'épithélium germinatif ne se trouve que sous les adhérences. Albuginée mince, peu distincte. Dans la substance corticale, très nombreux follicules primordiaux en bon état de conservation, et quelques follicules en voie d'accroissement. Formations atrésiques, kystiques et oblitérantes, très nombreuses ; les kystes atrésiques sont tous de forme sphérique, par place un peu déformés par pression réciproque, de petites dimensions. (Le plus gros mesure 5 mm. de diamètre). Leur revêtement intérieur consiste en tissu conjonctif avec ou sans restes de la granuleuse à la surface. Leur thèque interne est généralement mince et contient peu de cellules lutéiniques isolées ou groupées en

flots de quelques éléments. Dans certains kystes, les cellules interstitielles manquent complètement; dans d'autres, peu nombreux, la thèque est fortement élargie, mais, malgré cela, les cellules lutéiniques ne sont pas très abondantes. Les formations d'atrésies oblitérantes sont pour la plupart constituées par du tissu conjonctif lâche bordé ou non de bandelettes hyalines ondulées. L'ovaire est fortement congestionné, surtout au niveau de la substance médullaire et corticale profonde. Quelques petits kystes présentent des foyers hémorragiques dans la thèque interne. Ces foyers provoquent dans certains kystes la rupture des parois et s'infiltrent dans la lumière kystique.

En résumé, cet ovaire est pauvre en tissu lutéinique.

Cas 107. — Observation N° 310, 1925. *Fibromyome de l'utérus gravide de 3 mois.*

M^{me} S. M., âgée de 32 ans. Réglée à 16 ans. Règles régulières, d'une durée de 4 jours, *peu abondantes*. Primigeste. Dernières règles le 12 juillet 1925. Depuis 1 mois, douleurs et sensation de pesanteur dans le bas-ventre. Entrée dans le Service de Gynécologie le 1^{er} novembre 1925. On constate une grossesse de trois mois et un fibromyome de l'utérus.

Hystérectomie subtotale le 13 novembre 1925.

Description macroscopique des ovaires. Les deux ovaires sont augmentés de volume; ils ont à peu près le double du volume normal. A leur surface font saillie quelques petits kystes folliculaires. L'ovaire gauche contient un corps jaune relativement récent et exubérant.

Description histologique de l'ovaire droit. L'épithélium germinatif manque en grande partie. Albuginée assez épaisse, mais peu distincte par suite d'œdème dans la couche superficielle de la substance corticale. Dans la couche profonde de cette substance, follicules primordiaux assez nombreux, et quelques follicules en voie d'accroissement. Bien qu'encore petits, ces follicules présentent une thèque assez élargie contenant de grosses cellules lutéiniques. Leurs ovules sont dégénérés ou en voie de dégénérescence granuleuse ou hyaline. Formations d'atrésies des deux variétés assez nombreuses; l'atrésie kystique prédomine. Les kystes sont généralement petits, de forme sphérique et

quelquefois triangulaires; leur revêtement intérieur est constitué le plus souvent par une couche de cellules folliculeuses plurisériée et quelquefois par du tissu conjonctif lamellaire et hyalinisé. Leur thèque interne d'épaisseur variable, atteignant dans quelques kystes plus de 1,5 mm. est richement pourvue de cellules lutéiniques en très bon état de conservation. Hyperémie assez marquée dans toute l'étendue de l'ovaire.

Description histologique de l'ovaire gauche. Cet ovaire diffère du précédent par le fait qu'il présente :

1° Un gros corps jaune relativement récent à centre déjà organisé.

2° Un kyste lutéinique ayant les dimensions d'une cerise et dont la couche lutéinique, épaisse en moyenne de 1,5 mm. en grande partie hyalinisée, contient encore quelques rares cellules lutéiniques à protoplasma fortement vacuolisé.

3° Des hémorragies dans le stroma ovarien et la thèque interne. Congestion intense dans la substance médullaire.

En résumé, ces ovaires sont particulièrement riches en tissu lutéinique d'origine surtout interstitielle.

Cas 108. — Observation N° 10, 1924. *Cystocèle. Ovaire sclérokystique gauche.*

M^{me} G. A., âgée de 24 ans, réglée à 11 ans. Règles régulières, d'une durée de 3 jours, *peu abondantes*, indolores. Mariée depuis 4 ans, elle a eu deux accouchements à terme. Quelques mois après la dernière naissance, elle ressent des douleurs dans les fosses iliaques. Légère leucorrhée. Entrée dans le Service de Gynécologie le 7 janvier 1924. On constate une cysto-rectocèle.

Colpopérinéorrhaphie postérieure, résection partielle de l'ovaire gauche, stérilisation et ventrofixation.

Examen histologique de la portion réséquée de l'ovaire gauche. A la surface de l'ovaire, l'épithélium manque totalement. Albuginée mince, peu distincte. La couche superficielle de la substance corticale présente des phénomènes de sclérose assez avancée. Dans la couche profonde, follicules primordiaux peu abondants; pas de follicules en voie d'accroissement. Atrésies oblitérantes et kystiques très abondantes. Les premières se présentent le plus souvent sous la forme de petits kystes sphériques avec ou sans restes de la

granuleuse et avec une glande thécale¹ très peu développée. Il y a même quelques kystes où les cellules lutéiniques manquent totalement. Les kystes de forme irrégulière sont à parois fortement ondulées, tapissées par une épaisse couche de granuleuse et entourées d'une thèque interne légèrement épaissie dont les cellules sont transformées en cellules lutéiniques. Un corps jaune récent; — nombreux corps fibreux et corps hyalins. Congestion assez marquée dans tout l'ovaire.

En résumé: Ovaire sclérokystique contenant une quantité moyenne de tissu lutéinique.

Cas 109. — Observation N° 31, 1926. *Grossesse isthmique droite.*

M^{me} E. L. âgée de 25 ans, réglée à 13 ans; les règles sont régulières, d'une durée de 3 jours, *de quantité moyenne*. Douleurs précédant les règles. Ces douleurs cessent depuis ses couches. Mariée depuis 6 ans, elle a eu deux accouchements à terme. Dernières règles au début de novembre, puis le 20 décembre 1925, donc avec un retard de quinze jours environ et très faibles: il s'agit d'un écoulement plutôt noirâtre. Le 26 décembre, fortes douleurs en forme de crampes dans la fosse iliaque droite. Entrée dans le Service de Gynécologie le 25 janvier 1926. On constate une grossesse tubaire droite.

Anexectomie droite le 25 janvier 1926.

Description microscopique de l'ovaire droit. La surface de l'ovaire est en grande partie recouverte par de fausses membranes fibrineuses renfermant des globules rouges et des leucocytes. L'épithélium germinatif existe par places seulement. Albuginée mince, peu distincte. Follicules primordiaux excessivement nombreux dans la couche profonde de la corticale. Formations atrésiques très fréquentes. L'atrésie kystique prédomine. Les kystes atrésiques sont de forme sphérique ou ovale et parfois triangulaire; leurs dimensions varient entre 2 et 7 mm. de diamètre. Leur revêtement intérieur est constitué par du tissu conjonctif doublé ou non, vers la lumière kystique, d'une assise de cellules

¹ SCHICKELÉ, de Strasbourg, a proposé cette dénomination pour remplacer celle de glande interstitielle de l'ovaire développée aux dépens des cellules conjonctives de la thèque interne.

folliculleuses. La thèque interne de toutes ces formations est plus ou moins élargie, atteignant jusqu'à 2 mm. d'épaisseur pour certaines d'entre elles et contient de nombreuses cellules lutéiniques formant un tissu richement vascularisé. On rencontre également ce même tissu, mais en couche beaucoup plus épaisse, autour de certaines formations d'atrésie oblitérante. Dans la couche médullaire, vascularisation abondante à vaisseaux gorgés de globules rouges.

En résumé : Ovaire microkystique riche en tissu lutéinique d'origine interstitielle.

Cas 110. — Observation N° 1, 1926. *Salpingite droite et kyste lutéinique de l'ovaire droit.*

M^{me} M. A., âgée de 25 ans, réglée à 11 ans. Règles irrégulières, d'une durée de 3 jours, d'abondance moyenne, indolores. Un accouchement à terme. Depuis 2 mois, douleurs dans la fosse iliaque droite. Entrée dans le Service de Gynécologie le 2 janvier 1926. On constate un kyste ovarique droit.

Annexectomie droite le 25 janvier 1926.

Description macroscopique de l'ovaire droit. L'ovaire forme une tumeur kystique de la grosseur d'un œuf de poule. Cette tumeur est située de telle manière qu'elle repousse le feuillet antérieur en avant et en dehors et s'en coiffe presque complètement, simulant de la sorte une tumeur intraligamentaire sur laquelle chemine la trompe fortement recourbée, formant une sorte d'arc dont la concavité regarde en dedans. Il se trouve de la sorte, entre l'utérus et la trompe, un espace semi-lunaire par lequel on aperçoit le kyste ovarique. Il s'agit donc en réalité d'un kyste rétro-ligamentaire de l'ovaire droit. A la coupe, le kyste contient un liquide fluide d'un jaune brunâtre. Sa paroi intérieure, un peu irrégulière d'aspect, est de coloration soit brune, soit jaunâtre.

Description histologique de l'ovaire droit. Outre le kyste décrit ci-dessus, on rencontre très peu de substance ovarique. Sur un tiers de sa circonférence, le kyste est intimement lié à la trompe. La surface de l'ovaire est entièrement dépourvue d'épithélium germinatif. L'albuginée est mince, bien distincte. Dans la substance corticale on ne découvre que de très rares follicules primordiaux. Entre le revêtement

intérieur du kyste et le stroma ovarique se trouve un tissu conjonctif lamellaire, à couches concentriques parallèles à la surface. En dedans de ce tissu (thèque externe) dont l'épaisseur varie entre 1 et 2 mm., nous rencontrons une couche d'épaisseur irrégulière atteignant par endroits 3 mm. et constituée par de grosses cellules polyédriques à petits noyaux ronds fortement colorés contenant un nucléole bien marqué. Ces cellules forment des groupes séparés par des capillaires très fins et rappellent ainsi la structure d'une glande à sécrétion interne. Leur protoplasma est par endroits clair, spongieux, à peine coloré, ailleurs compact, finement granulé et franchement acidophile. Il s'agit de cellules lutéiniques provenant de la thèque interne, pensons-nous, car entre cette couche et la thèque externe, il n'y a rien qui nous rappelle la thèque interne. La paroi kystique, dans toute son étendue, est fortement congestionnée.

En résumé: Ovaire présentant un kyste lutéinique qui, vu les dimensions et l'épaisseur de sa paroi, peut être considéré comme riche en tissu lutéinique d'origine conjonctive.

Cas 111. — Observation N° 289, 1922. *Grossesse tubaire gauche.*

M^{me} G, J., âgée de 25 ans, réglée à 13 ans, règles régulières, durant 3-4 jours, *d'abondance moyenne*, indolores. Dernières règles le 7 mai 1922. Le 28 mai 1922, douleurs brusques et intenses dans la région de l'épigastre et dans la fosse iliaque gauche, accompagnées de pertes sanguines. Ces mêmes douleurs se répètent durant la nuit. Entrée dans le Service de Gynécologie le 29 juin 1922. On constate une grossesse tubaire gauche avec symptômes de rupture tubaire.

Salpingectomie gauche et résection partielle de l'ovaire droit le 29 juin 1922.

Description histologique de la portion réséquée de l'ovaire droit. L'épithélium germinatif est en grande partie conservé. Albuginée mince, peu distincte. Follicules primordiaux relativement peu nombreux. Formations d'atrésies folliculaires nombreuses. L'atrésie oblitérante prédomine. Quelques petits kystes de forme irrégulière, un peu aplatis, à cavité vide, limitée intérieurement par une granuleuse dont les cellules

prennent parfois l'aspect de cellules lutéiniques. A ces endroits, la granuleuse est fortement épaissie et parcourue par de larges capillaires. Un corps fibreux est constitué par un centre de tissu conjonctif lâche, entouré d'une couche fortement plissée de substance hyaline qui renferme quelques noyaux conjonctifs. Cette formation est à moitié coiffée d'une épaisse couche semilunaire de tissu lutéinique en voie de régression. Les noyaux des cellules lutéiniques sont assez bien colorés, mais le protoplasma est fortement vacuolaire et les limites cellulaires indistinctes, sauf par endroits, où les cellules forment de petits îlots de 2-5 éléments, rarement plus, et où les limites cellulaires sont nettes et le protoplasma acidophile, non vacuolaire. A proximité de cette formation, il y a, dans le stroma ovarien, un îlot assez volumineux mesurant 5 mm. de diamètre, de forme irrégulièrement sphérique et constitué par les mêmes éléments que ceux qui existent dans la coiffe semilunaire du corps fibreux. On rencontre ces mêmes éléments autour de certaines cicatrices atrésiques. Un kyste du corps jaune, de forme sphérique, d'un diamètre de 14 mm. est limité à l'intérieur par du tissu conjonctif lâche. Ce tissu est doublé, en dehors, d'une couche lutéinique très développée atteignant par endroits jusqu'à 6 mm. d'épaisseur et dont les cellules sont pour la plupart bien conservées. La thèque interne entourant ce kyste, fortement élargie par endroits, est surabondamment pourvue d'îlots de cellules interstitielles.

En résumé: Cet ovaire est très riche en tissu lutéinique des deux sortes: épithélial et conjonctif.

Cas 112. — Observation N° 106, 1920. *Salpingite sub-aiguë bilatérale. Kyste de l'ovaire droit.*

M^{me} A. A., âgée de 22 ans, réglée à 14 ans, règles irrégulières, *abondantes*, d'une durée de 7 à 8 jours, douloureuses. Leucorrhée abondante. Dernières règles le 17 mars 1920. Le 4 avril la malade est prise de violentes douleurs dans le bas-ventre et perd en rouge. Les douleurs durent 3 jours et les pertes 15 jours. Un mois plus tard, le 14 mai, les douleurs et les pertes reparaissent. Entrée dans le Service de Gynécologie le 4 mai 1920. On pense à une grossesse ectopique.

Annexectomie droite et salpingectomie gauche le 11 mai 1920.

Description histologique de l'ovaire droit. L'ovaire est presque entièrement couvert d'adhérences fibreuses, épaisses de 7 mm., à certains endroits. Ces adhérences, richement vascularisées, sont fortement infiltrées de globules rouges, de plasmocytes, et de leucocytes polynucléaires avec éosinophilie intense. Entre elles et l'albuginée, il existe, par places, du côté de l'ovaire, des fentes tapissées par l'épithélium germinatif. L'albuginée se confond avec une assez large bande de sclérose débutante dans la couche superficielle de la substance corticale, qui, dans sa couche profonde, contient d'assez nombreux follicules primordiaux et quelques follicules en voie d'accroissement avec ovules dégénérés. Les formations kystiques et oblitérantes sont fort nombreuses; les premières se présentent en général sous la forme de kystes irréguliers réduits à d'étroites fentes, dont les parois se composent d'une granuleuse, doublée extérieurement d'une thèque interne plus ou moins riche en cellules interstitielles, mais jamais très abondante.

En résumé: Ovaire sclérokystique contenant une quantité moyenne de tissu lutéinique interstitiel.

Cas 113. — Observation N° 226, 1925. *Ovaires scléro-kystiques.*

M^{me} G. E. âgée de 28 ans; réglée à 14 ans, les règles apparaissent toutes les 5 semaines, durent 8 jours, *assez abondantes*, douloureuses les deux premiers jours. Mariée depuis 6 ans, elle a eu 2 accouchements à terme. Appendicectomie en 1915. Forte leuorrhée depuis 1923. Dernières règles 1^{er} juillet 1925. Depuis le second accouchement, la malade souffre continuellement de douleurs dans le bas-ventre et les reins, mais surtout durant les règles, qui sont plus abondantes qu'autrefois. Entrée dans le Service de Gynécologie le 13 juillet 1925. On constate que les deux ovaires sont augmentés de volume et sensibles à la pression.

Résection partielle des ovaires sclérokystiques, le 14 août 1925.

Description histologique de l'ovaire droit. L'épithélium germinatif existe sur la plus grande partie de la surface de

l'ovaire. Albuginée mince, peu distincte. Couche assez épaisse de sclérose au début dans la substance corticale superficielle. Follicules primordiaux rares. Formations atrésiques très nombreuses. L'atrésie oblitérante prédomine de beaucoup. Les kystes folliculaires, très nombreux, sphériques, possèdent peu ou point de cellules lutéiniques, dans leurs thèque interne restée mince. Un seul kyste, de forme irrégulière, à parois fortement ondulées, est passablement riche en tissu lutéinique thécal. Nombreux corps fibreux. Léger œdème dans toute l'étendue de l'ovaire.

Description histologique de l'ovaire gauche: Cet ovaire présente une structure en tous points semblable à celle de l'ovaire précédent.

En résumé: Ovaire pauvre en tissu lutéinique.

Cas 114. — Observation N^o 186, 1925, *Annexite bilatérale et ovaires sclérokystiques.*

M^{me} B. N. âgée de 24 ans, réglée à 14 ans. Règles régulières, abondantes d'une durée de 3-4 jours, douloureuses. Depuis un avortement en 1924, les règles sont irrégulières. Dernières règles le 27 juin 1925. Leucorrhée peu abondante. En 1922, bartholinite kystique. En mai 1925, la malade se plaint de douleurs intenses dans la fosse iliaque droite. Entrée dans le Service de Gynécologie le 2 juin 1925. On constate une annexite bilatérale.

Résection partielle des ovaires sclérokystiques.

Description histologique de la portion réséquée de l'ovaire droit.

Quelques rares adhérences fibreuses à la surface de l'ovaire. L'épithélium germinatif manque en grande partie. Albuginée très épaisse, bien distincte, par endroits riche en substance hyaline. Sous l'albuginée, étroite bande de sclérose dans la couche superficielle de la substance corticale. Dans la couche profonde de la substance corticale, follicules primordiaux très nombreux et quelques follicules en voie d'accroissement. Formations d'atrésie folliculaire assez nombreuses; l'atrésie kystique prédomine. Les kystes atrésiques sont en général de forme sphérique, de dimensions variables: le plus gros à un diamètre de 7 mm. Leur thèque interne, non élargie, contient peu de cellules lutéiniques. Un seul kyste, de forme irrégulière, à parois ondulées constituées

par une granuleuse assez épaisse doublée d'une thèque élargie riche en cellules lutéiniques. En outre, nous trouvons quelques îlots assez considérables (mesurant plusieurs mm. de superficie) ces cellules lutéiniques, volumineuses, claires, à protoplasma spongieux et à petits noyaux ronds excentriques très fortement colorés par l'hématoxyline. Ces îlots sont très richement vascularisés. Un corps jaune, dont la couche lutéinique est en regression assez avancée et dont le centre, non encore organisé, contient une substance granuleuse légèrement acidophile et des globules rouges bien conservés provenant d'hémorragie secondaire dans la cavité du corps jaune. Il s'agit ici en somme, d'un petit kyste du corps jaune. Congestion assez étendue dans tout l'ovaire. Dans la substance médullaire, nombreux vaisseaux à parois fortement épaissies, plus ou moins hyalinisées et à lumière réduite, quelquefois même oblitérée.

Description histologique de l'ovaire gauche. Cet ovaire diffère du précédent par une couche de sclérose plus épaisse dans la couche corticale superficielle et par l'absence de kyste du corps jaune.

En résumé. Ovaires sclérokystiques renfermant passablement de tissu lutéinique, surtout d'origine conjonctive.

Cas 115. - Observation N° 360, 1924. *Grossesse tubaire droite.*

M^{me} F. L., âgée 35 ans, réglée à 12 ans. Règles abondantes, régulières, d'une durée de 4-5 jours, indolores. Dernières règles le 30 octobre 1924. Mariée depuis 14 ans, elle a eu 3 accouchements à terme. Le 21 décembre dernier, douleurs dans la fosse iliaque gauche accompagnées de pertes sanguines; le 25 décembre, les douleurs sont très vives. Entrée dans le Service de Gynécologie le 25 décembre 1924. On constate une grossesse tubaire droite.

Annexectomie droite le 25 décembre 1924.

Description macroscopique de l'ovaire droit: L'ovaire est globuleux, de la grosseur d'une noix, de coloration bleu nacré et d'aspect mamelonné. A la coupe, on voit quelques petits kystes et un kyste du corps jaune gros comme une noisette.

Description histologique de l'ovaire droit: L'épithélium germinatif est en grande partie conservé. L'albuginée est

mince, peu distincte. Dans la couche superficielle de la substance corticale se trouve une large bande de sclérose à ses débuts. Dans la couche profonde de cette substance, on voit des follicules primordiaux assez nombreux et quelques follicules en voie de prolifération. Formation atrésiques folliculaires très nombreuses, surtout de la variété oblitérante ; les kystes atrésiques, relativement peu nombreux, le plus souvent sphériques, de petites dimensions (1 2 mm. de diamètre) possèdent tous, dans leur thèque interne, légèrement élargie, des cellules lutéiniques en très bon état de conservation. Il existe quelques rares kystes de forme irrégulière, à parois ondulées, tapissées intérieurement d'une couche plurisériée de cellules folliculeuses doublées extérieurement d'une thèque passablement élargie contenant des cellules lutéiniques volumineuses, claires, groupées en îlots séparés par des espaces capillaires. Sur plusieurs points, dans le parenchyme ovarien, on trouve des îlots assez volumineux, mesurant jusqu'à 4 mm. de diamètre, et constitués par les mêmes cellules que celles que nous venons de décrire. Ces éléments lutéiniques se retrouvent également autour de certaines formations atrésiques oblitérantes. Nombreux corps fibreux et un corps jaune volumineux relativement récent, dont le centre n'est pas encore complètement organisé. Dans la substance médullaire, nombreux vaisseaux, dont plusieurs ont des parois fortement épaissies et plus ou moins hyalinisées.

En résumé : Ovaire sclérokystique très riche en tissu lutéinique de la glande thécale.

Cas 116. — Observation N° 343, 1924. *Annexite bilatérale. Ovaire microkystique droit.*

M^{me} R. J., âgée de 18 ans, réglée à 12 ans. Règles régulières, d'une durée de 6-8 jours, *abondantes* les trois premiers jours, indolores. N'a jamais eu de grossesse. Depuis l'âge de huit ans, leucorrhée abondante. Depuis une année, la malade se plaint de douleurs dans la fosse iliaque droite. Entrée dans le service de Gynécologie le 1^{er} décembre 1924 ; on constate une annexite bilatérale.

Annexectomie droite. Salpingectomie gauche et résection partielle de l'ovaire gauche le 3 décembre 1924.

Description macroscopique de l'ovaire droit. L'ovaire est globuleux, de la grosseur d'une noix, et soudé par son pôle externe à l'extrémité de la trompe, qui est oblitérée. A la coupe, il est riche en petits kystes.

Description histologique de l'ovaire droit. A la surface de l'ovaire se trouvent quelques adhérences fibreuses. L'épithélium germinatif manque complètement. L'albuginée est épaisse, bien distincte. A la coupe, une moitié de la surface ovarique se confond avec le tissu salpingien. Dans la substance corticale, follicules primordiaux assez nombreux et bien conservés; quelques follicules en voie d'accroissement. Formations atrésiques kystiques excessivement abondantes, sphériques ou polyédriques par pression réciproque. Les atrésies oblitérantes sont peu fréquentes. Le revêtement des kystes atrésiques possède le plus souvent une granuleuse entièrement conservée, d'autres fois des restes de celle-ci; ailleurs, il est constitué par du tissu conjonctif. Leur thèque interne est généralement mince rarement épaissie, et présente une faible réaction lutéinique. Hypérémie assez marquée dans toute l'étendue de l'ovaire.

En résumé: Ovaire microkystique contenant une quantité de tissu lutéinique d'origine conjonctive.

Cas 117. — Observation N° 366, 1923. *Adénocarcinome de la muqueuse utérine. Ovaires sclérokystiques.*

M^{me} R. C., âgée de 39 ans, réglée à 11 ans. Règles régulières, *abondantes*, d'une durée de 8 jours, accompagnées de migraines. Depuis deux mois, douleurs abdominales durant les règles. Dernières règles le 2 octobre 1923. Leucorrhée abondante et fétide. Mariée depuis 16 ans, elle a eu deux accouchements à terme. Hémorragies et pertes sanguinolentes du 10 au 28 octobre, accompagnées de douleurs dans le bas-ventre. Entrée dans le Service de Gynécologie le 31 octobre 1923. On constate un épithéliôme du corps utérin.

Hystérectomie totale le 8 novembre 1923.

Description histologique des ovaires. Tous deux sont *augmentés de volume* et riches en petits kystes.

Ovaire gauche. L'épithélium germinatif est complètement absent. L'albuginée est épaisse, bien distincte par endroits riches en substance hyaline. Dans la substance corticale

superficielle, on voit une épaisse couche de sclérose assez avancée. Dans la substance corticale profonde, follicules primordiaux relativement peu nombreux. Formations d'atrésies folliculaires, soit kystiques, soit oblitérantes assez fréquentes. Les kystes atrésiques sont de dimensions variables, atteignant parfois la grosseur d'une petite cerise. Tous ces kystes, sauf un qui a des parois constituées par du tissu conjonctif, présentent un revêtement intérieur de cellules folliculeuses doublées d'une thèque interne légèrement élargie et contenant passablement de tissu lutéinique. Un corps jaune, dont l'évolution est déjà assez avancée, montre encore des cellules lutéiniques en régression. Les atrésies oblitérantes, très nombreuses ne présentent aucune réaction lutéinique. Dans la substance médullaire, la plupart des vaisseaux présentent une lumière réduite, parfois même oblitérée; leurs parois sont fortement épaissies et riches en substance collagène.

Ovaire droit: Cet ovaire diffère du précédent par la présence d'un kyste irrégulier, à parois fortement ondulées, constituées par une épaisse granuleuse et une thèque interne élargie, riche en tissu lutéinique bien conservé. Notons encore l'existence d'un petit kyste du corps jaune.

En résumé: Ovaires sclérokystiques contenant une quantité moyenne de tissu lutéinique d'origine épithéliale et d'origine conjonctive.

Cas 118. — Observation N^o 311, 1921. *Fibromyome de l'utérus.*

M^{me} K. A., âgée de 46 ans, réglée à 15 ans, règles régulières, *abondantes*, durant 5 jours, indolores. Dernières règles le 20 juillet 1921. Leucorrhée peu abondante. Mariée depuis 27 ans, elle a eu 7 accouchements normaux. En 1916, la malade souffre de fortes douleurs dans le bas-ventre et les reins. Ces douleurs se reproduisent en 1920, accompagnées de sensation de pesanteur, de constipation et de troubles de la miction. En 1921, pertes séreuses et sanguinolentes. Entrée dans le Service de Gynécologie le 10 août 1921. On constate un fibromyome de l'utérus.

Hystérectomie subtotale le 11 octobre 1921. L'utérus extirpé est de la grosseur d'une tête d'adulte.

Description microscopique de l'ovaire gauche. La surface de l'ovaire est en grande partie recouverte d'adhérences fibreuses, membraniformes, riches en substance hyaline, pauvres en cellules et en vaisseaux. En dehors de ces adhérences, l'épithélium germinatif est bien conservé. Albuginée mince, peu distincte. Grandes bandes de sclérose assez marquée dans la couche superficielle de la substance corticale. Follicules primordiaux très peu nombreux, rarement bien conservés. Formations atrésiques peu abondantes. L'atrésie oblitérante n'est représentée que par des cicatrices du tissu conjonctif lâche; pas de corps hyalins. Les kystes atrésiques sont petits, avec ou sans granuleuse, et possèdent une thèque légèrement élargie contenant passablement de tissu interstitiel. Un kyste du corps jaune, dont la cavité est limitée directement par une épaisse couche lutéinique très vascularisée, à capillaires fortement dilatés et bourrés de globules rouges. En dehors de cette couche, dans la thèque interne, hyperproduction d'îlots de cellules interstitielles qui, par endroits, s'engagent profondément dans la couche lutéinique intérieure.

En résumé, cet ovaire contient passablement de tissu lutéinique épithélial et conjonctif.

Cas 119. — Observation N° 217, 1920. *Annexite bilatérale.*

M^{me} S. F. âgée de 26 ans, réglée à 14 ans; règles régulières, *abondantes*, durant 3-4 jours, peu douloureuses. Depuis 8 ans, les règles durent 8 jours, et sont plus abondantes. Dernières règles le 9 mai 1920. Mariée depuis 5 ans, elle a eu un accouchement à terme, un avortement provoqué, et un avortement spontané du 3^{me} mois. Après cet avortement, il y a 2 ans, la patiente est prise de douleurs pelviennes s'irradiant vers les lombes, et de leucorrhée abondante. Entrée dans le Service de Gynécologie 20 mai 1920. On constate une métrite et une légère annexite bilatérale.

Salpingectomie bilatérale. Résection partielle des ovaires le 2 juin 1920.

Description histologique de la partie réséquée de l'ovaire droit. A la surface de l'ovaire, quelques adhérences fibreuses. L'épithélium germinatif manque complètement. L'albuginée, assez épaisse, est riche en substance hyaline. Nombreux

follicules primordiaux assez bien conservés. Quelques follicules en voie d'accroissement normal. Les formations d'atrésie folliculaire sont très nombreuses, avec prédominance très marquée de l'atrésie oblitérante. Les kystes atrésiques, plus ou moins sphériques, la plupart pourvus de granuleuse, contiennent peu de tissu lutéinique. Quelques corps fibreux. Un kyste, qui n'existe que partiellement, sur la coupe examinée, et qui paraît avoir le volume d'une grosse noix, possède une paroi conjonctive incomplètement tapissée intérieurement par une couche d'épithélium, tantôt cylindrique, tantôt cubique. Congestion assez intense dans toute l'étendue de l'ovaire.

Description histologique de la partie réséquée de l'ovaire gauche. Cet ovaire contient un gros kyste semblable à celui contenu dans l'ovaire droit, mais d'une nature différente: il contient par endroits des cellules lutéiniques isolées, ou disposées en petits groupes. Le revêtement épithélial manque complètement à la surface de l'ovaire. Quant aux autres caractéristiques, cet ovaire est tout à fait semblable à l'ovaire droit.

En résumé, ces ovaires renferment peu de tissu lutéinique.

Cas 120. — Observation N° 58. 1926. *Endrométrite hyperplasique diffuse. Ovaires sclérokystiques.*

M^{me} F. F. âgée de 19 ans, réglée à 17 ans. Durant la première année, les règles sont régulières, indolores, d'une durée de 4 jours, *d'abondance moyenne*. Depuis l'âge de 18 ans, la malade perd en rouge tous les jours, en quantité variable. Parfois les pertes sont assez considérables pour empêcher la malade d'aller à son travail. Les dernières règles sont, pour les raisons citées plus haut, indéterminables. N'a jamais eu de grossesse. La malade, affaiblie par ses pertes, entre dans le Service de Gynécologie le 9 février 1926. On constate une annexite droite et une oophorite gauche.

Curettage de la cavité utérine. Ovariectomie droite. Résection partielle de l'ovaire gauche le 12 février 1926.

Description macroscopique de l'ovaire droit : Ovaire fortement augmenté de volume, mesurant 6 cm. dans le sens transversal, 3,5 cm. dans le sens antéro-postérieur et 2,5 dans le sens vertical. Son pôle interne est très ferme,

lisse, blanc-jaunâtre, nacré. L'externe est fluctuant, bleuâtre. A la coupe, nombreux petits kystes, dont le plus volumineux, gros comme une noix, contient un liquide visqueux presque gélatineux. Un caillot sanguin occupe le tiers externe de sa cavité.

Description histologique du produit du curettage : Muqueuse utérine riche en glandes et en stroma infiltré de lymphocytes, de plasmocytes, et de globules rouges. Ces derniers forment par endroits des foyers hémorragiques. Nombreux foyers hémorragiques anciens avec hémosidérine. Congestion intense dans toute l'étendue de l'ovaire. De nombreux vaisseaux sont bourrés de globules rouges. Les glandes sont très nombreuses, souvent dilatées, et présentent des formations papillaires, pseudo-papillaires, et des invaginations. Diagnostic anatomique : Endométrite hyperplasique diffuse.

Description histologique de l'ovaire gauche : A la surface de l'ovaire, l'épithélium germinatif est conservé intégralement. Albuginée mince, peu distincte. Large bande de sclérose assez avancée dans la couche superficielle de la substance corticale. Dans la couche profonde de cette substance, très nombreux follicules primordiaux et quelques follicules en voie d'accroissement. Formations atrésiques oblitérantes et kystiques très fréquentes. L'atrésie oblitérante prédomine. Les kystes atrésiques sont les plus souvent de forme sphérique avec ou sans restes de la granuleuse, et avec une thèque interne mince, présentant peu ou point de réaction lutéinique. Quelques kystes de forme irrégulière, à paroi fortement plissée, constituée par une épaisse couche de cellules folliculeuses doublée extérieurement d'une thèque interne élargie et riche en cellules lutéiniques interstitielles bien conservées.

Congestion intense dans toute l'étendue de l'ovaire. Dans la substance médullaire, riche vascularisation, avec nombreux vaisseaux à parois fortement épaissies, plus ou moins hyalinisées et lumière réduite.

Description histologique de l'ovaire droit : La surface de l'ovaire est totalement dépourvue d'épithélium germinatif. L'albuginée est épaisse et très nette. La couche corticale superficielle présente des phénomènes de sclérose plus avancée encore que dans l'ovaire gauche, mais sur une moins grande épaisseur. Dans la couche profonde, on voit

de très nombreux follicules primordiaux et quelques follicules qui, bien qu'en voie d'accroissement, contiennent déjà, pour la plupart, des ovules dégénérés (dégénérescence colloïde ou granuleuse). Les formations d'atrésie folliculaire sont très nombreuses, sans prédominance marquée d'un des deux caractères. Les formations d'atrésie kystique sont représentées uniquement par la forme sphérique; elles ont un diamètre de 1 à 7 mm. et présentent, dans la thèque interne, une faible réaction lutéinique. Le gros kyste décrit ci-dessus est revêtu intérieurement d'une couche de tissu lutéinique dont l'épaisseur varie, selon les endroits, de 1 à 2 mm. Cette couche, très richement vascularisée, et dont les capillaires, très dilatés, sont réduits à leur seul revêtement endothélial, est divisée en deux assises: La couche interne est en général plus épaisse, possède de grosses cellules claires, polygonales, à protoplasme spongieux ou compact selon l'endroit, et franchement acidophile. La couche externe a des cellules plus petites, plus rondes et plus claires, mais leurs noyaux sont plus gros et plus fortement colorés. En présence de cette structure, et malgré l'absence de cellules folliculeuses et de tissu conjonctif dans la couche lutéinique, nous pensons être en présence d'un kyste du corps jaune.

En résumé: Ovaires sclérokystiques très riches en tissu lutéinique des deux sortes.

III. — DISCUSSION

Considérons, dans nos 15 cas, tout d'abord l'abondance du flux menstruel, nous trouvons :

- 1^o 3 cas de règles peu abondantes (106, 107, 108).
- 2^o 3 cas de règles d'abondance moyenne (109, 110, 111).
- 3^o 8 cas de règles abondantes (112, 114, 115, 116, 117, 118, 119).
- 4^o 1 cas de règles très abondantes (120).

Examinons d'autre part la richesse des formations glandulaires de l'ovaires, nous trouvons :

- 1^o 3 cas où le tissu lutéinique est peu abondant (106, 113, 119).
- 2^o 5 cas où le tissu lutéinique est de quantité moyenne (108, 104, 114, 116, 117).
- 3^o 3 cas où le tissu lutéinique est abondant (109, 111, 118).
- 4^o 4 cas où le tissu lutéinique est très abondant (107, 110, 115, 120).

Mettons en parallèle nos constatations :

	Règles	Cas	Tissu lutéinique	Cas
1	Peu abondantes	106, 107, 108	Peu abondant	106, 113, 119
2	D'abondance moyenne	109, 110, 111	D'abondance moyenne	108, 112, 114, 116, 117
3	Abondantes	112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119	Abondant	109, 111, 118
4	Très abondantes	120	Très abondant	107, 110, 115, 120

En comparant en particulier les données de ce tableau, nous faisons les constatations suivantes :

Sur 3 cas consignés dans le premier groupe, un seul, le cas 106, concorde apparemment avec la théorie ovarienne de la menstruation, puisque, à un flux menstruel peu abondant, correspond dans l'ovaire droit, seul examiné, une petite quantité de tissu lutéinique thécal. Le tissu d'origine

épithéliale manque totalement dans cet ovaire qui ne possède ni corps jaune exhubérant, ni kystes du corps jaune. Il est à présumer qu'il en est de même de l'ovaire gauche qui, à l'opération, a été jugé normal. Il est intéressant de noter que dans ce cas, les règles ont brusquement changé de caractère depuis 5 mois : elles sont devenues abondantes et de longue durée : or, le début de ce changement coïncide avec les symptômes d'une annexite droite : l'examen de la pièce opératoire a démontré l'existence de salpingite, de périsalpingite, et de périophorite droites. Par contre, durant ces 5 mois, il n'y a eu aucune hyperproduction de tissu lutéinique. L'existence d'une érosion du col dans ce cas dénote des troubles inflammatoires dans l'endomètre, qui n'a malheureusement pas été examiné histologiquement. L'ovaire et la trompe ont été trouvés fortement congestionnés et nous pensons que cette congestion devait exister également au niveau de l'endomètre. Il ne nous semble donc point téméraire de conclure que l'abondance du flux menstruel relève de troubles vasculaires de l'endomètre à la suite de phénomènes inflammatoires, d'autant plus que l'abondance des règles coïncide avec le début de l'inflammation, et que d'autre part, on ne relève, dans l'anamnèse, aucune maladie hémorragique qui puisse expliquer l'abondance du flux menstruel.

Les cas 107 et 108 ne concordent pas avec la théorie ovarienne, le cas 107 surtout, dont les ovaires contiennent une grande quantité de tissu lutéinique. Il s'agit d'un fibromyome de l'utérus gravide au troisième mois. Les ovaires sont richement pourvus de tissu lutéinique d'origine thécale surtout. Ce tissu s'est sans doute développé durant la grossesse, car, dans la plupart des observations se rapportant à l'état gravidique, dans les travaux de nos prédécesseurs, on retrouve cette hyperproduction lutéinique. Mais rien ne prouve jusqu'à présent que l'état gravidique possède le monopole de cette production, d'autant plus que dans certains cas de ces travaux, nous notons des ovaires pauvres en tissu lutéinique malgré l'état gravidique. Peut-être ne s'agit-il là en définitive, que de simples phénomènes d'hypertrophie gravidique. En admettant même une hypertrophie lutéinique spécifique de la grossesse, nous ne saurions faire rentrer ce cas dans le cadre de la théorie ovarienne,

puisqu'il y a aménorrhée. Cette hyperproduction aurait alors évidemment un autre rôle à jouer, peut-être celui que lui attribuent FORGUE et MASSABUAU¹ elle tiendrait sous sa dépendance la nutrition de l'utérus, commanderait le développement du fœtus dans l'utérus gravide et exercerait une fonction antitoxique. La présence d'un fibromyome n'a pas augmenté la quantité du flux menstruel et, malgré une quantité de tissu lutéinique dans les ovaires, il n'a pas causé d'hémorragies. Ce dernier fait s'explique par la situation du myome. Il s'agit en effet d'un grand fibromyome sous-séreux, pédiculé, libre dans la cavité abdominale, qui n'a provoqué aucun trouble circulatoire d'ordre mécanique dans l'endomètre.

Quant au cas 108, il s'agit d'un ovaire scléro-kystique dont les formations atrésiques contiennent peu de tissu lutéinique, mais, vu leur nombre considérable et la présence de quelques petits kystes riches en tissu lutéinique, nous en jugeons la quantité moyenne.

Des trois cas enregistrés dans le deuxième groupe où sont consignés les règles d'abondance moyenne, aucun ne permet d'établir une relation avec la théorie ovarienne de la menstruation, car les ovaires correspondants contiennent tous du tissu lutéinique en abondance. Il est vrai que dans le cas 109 il s'agit d'une grossesse isthmique et nous pouvons formuler les mêmes remarques qu'au cas 107. Dans le cas 110, nous estimons le tissu lutéinique comme très riche à cause de la présence dans l'ovaire d'un kyste lutéinique de la grosseur d'un œuf de poule, dont la paroi intérieure contient une forte quantité de tissu lutéinique très bien conservé. Comme telles, il est à présumer que ces cellules fonctionnent normalement. Ce cas est donc en flagrante discordance avec l'assertion de ROUVILLE et SAPPEY qui prétendent que ces sortes de formations existent toujours dans les cas de règles très abondantes ou de caractère ménorragique. — Quant au cas 111, il est en tous points semblable au cas 109.

Dans le troisième groupe sont enregistrés 8 cas de menstruation abondantes, dont un seul cas (118) correspond

¹ FORGUE et MASSABUAU : L'ovaire à petits kystes ; *Revue de Gynécologie*, 1910.

d'une manière parfaite à la théorie ovarienne de la menstruation. Le cas 115 possède dans ces ovaires des quantités de tissu lutéinique sans aucune relation avec l'intensité des règles, tandis que, dans les six autres cas, la glande thécale est faiblement ou moyennement développée (112, 113, 114, 116, 117, 119). Notons que le cas 115 se rapporte à une grossesse tubaire, que l'abondance du tissu lutéinique est très considérable, puisque, à côté des formations d'atrésie kystique riches en cellules interstitielles, on trouve un kyste du corps jaune assez gros et de nombreux îlots de cellules lutéiniques dans le parenchyme ovarien. — Dans le cas 112, où il s'agit d'une inflammation subaigue des annexes et où les règles sont non seulement abondantes, mais prolongées (8 jours), et où, d'autre part, on constate un mois environ avant l'opération, une métrorragie de 15 jours, l'ovaire examiné, renferme une quantité moyenne de tissu lutéinique. La discordance est encore plus marquée pour les cas 113 et 117 où nous avons à faire à des ovaires sclérokystiques. En effet, dans ces ovaires qui, généralement sont richement pourvus de petits kystes et contiennent beaucoup de tissu lutéinique, nous ne trouvons qu'une faible (113) ou une moyenne quantité (117) de ce tissu. Dans le cas 117, les pertes en rouge sont inhérentes à la présence d'un double carcinome (corps et col de l'utérus) et il est évident que nous ne pouvons les attribuer à une augmentation de tissu lutéinique, qui, du reste n'existe pas dans ce cas. — Nous sommes en présence, dans le cas 118, d'un volumineux fibromyome de l'utérus. Ce myome ne paraît pas avoir influencé la quantité du flux cataménial qui fut de tous temps abondant, sauf, depuis peu de temps, où il a provoqué quelques pertes sanguinolantes. Notons que l'ovaire gauche, ici contient un kyste du corps jaune riche en tissu lutéinique bien conservé. Ces formations ont été signalées déjà à plusieurs reprises dans les cas de fibromes dans les thèses de nos prédécesseurs. Parmi eux HADJI-ILIEFF¹ exprime l'idée que le tissu lutéinique du vrai corps jaune, c'est-à-dire d'origine épithéliale, tient probablement sous sa dépendance surtout la nutrition de l'utérus

¹ D. HADJI-ILIEFF. — Contribution à l'étude du rapport entre la menstruation, certaines métrorragies et le tissu lutéinique de l'ovaire. Quatrième série. Cas 46-60. Thèse de Genève 1922.

tandis que le tissu d'origine conjonctive exercerait plutôt son influence sur la quantité du flux menstruel. Dans le cas d'Hadji-Ilieff, l'ovaire était pauvre en tissu lutéinique d'origine thécale, mais très riche en kystes du corps jaune. La patiente avait des règles peu abondantes. Dans notre cas, où nous nous trouvons en présence d'un myome et de règles abondantes, les deux tissus sont largement représentés.

Enfin, dans le quatrième et dernier groupe, nous ne comptons qu'un seul cas où il y ait un rapport direct entre la richesse des formations glandulaires et celles du flux menstruel. Il s'agit d'une jeune fille de 19 ans, réglée depuis 2 ans et dont les règles ont un caractère ménorragique depuis un an, à tel point qu'elle perd en rouge presque continuellement. Or, les ovaires scléro-kystiques, sont caractérisés par une hyperproduction considérable du tissu lutéinique tant d'origine épithéliale que conjonctive. Nous trouvons dans l'ovaire droit un gros kyste du corps jaune particulièrement riche en tissu lutéinique. D'autre part, l'examen histologique du produit d'un curettage nous a révélé la présence d'une endométrite hyperplasique diffuse : de ce fait le cas devient discutable : devons-nous attribuer l'abondance de l'écoulement sanguin à la présence d'une grande quantité de tissu lutéinique dans les ovaires ou aux troubles circulatoires apportés dans l'endomètre par l'état inflammatoire ?

En jettant un coup d'œil d'ensemble sur la discussion de nos quinze cas, nous constatons que pour un cas seulement la théorie ovarienne de la menstruation peut nettement se justifier ; pour un autre cas cette théorie est douteuse. Pour treize cas enfin il y a contradiction évidente entre les faits cliniques et les constatations histologiques. Dans les cas de règles profuses ou de métrorragies les états inflammatoires des organes génitaux internes paraissent jouer un rôle dans l'exagération du flux menstruel. Dans les cas de myomes utérins, l'hyperproduction de tissu lutéinique des ovaires ne paraît pas être la cause des ménorragies ni des métrorragies. Enfin dans les cas de grossesse il y a hyperproduction de tissu lutéinique thécal.

IV. — CONCLUSIONS

Nous arrivons finalement aux conclusions suivantes :

1° L'augmentation du flux menstruel, dans les cas étudiés dans ce travail, ne correspond pas à une hyperproduction de tissu lutéinique dans les ovaires.

2° L'état inflammatoire des organes génitaux internes paraît jouer un rôle dans l'exagération du flux menstruel.

3° L'hémorragiparité des fibromyomes de la matrice ne semble pas résulter d'une hyperproduction de tissu lutéinique.

4° Une hyperproduction souvent intense, de tissu lutéinique thécal coexiste avec l'aménorrhée gravidique.
